

Manifestaciones en choque hipovolémico

1º taquicardia



Fj < 15%

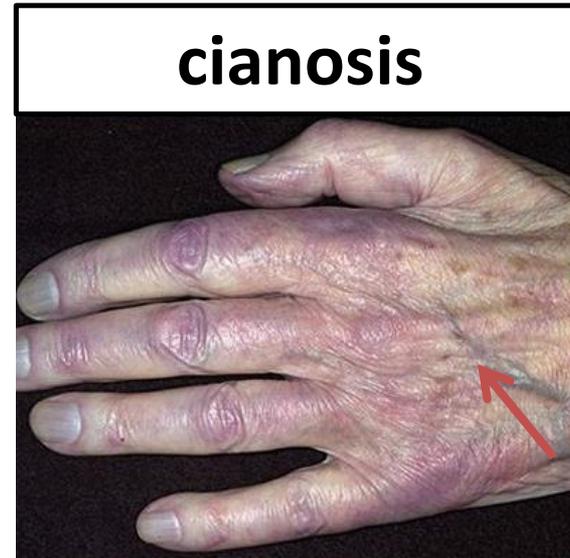


2º hipotensión

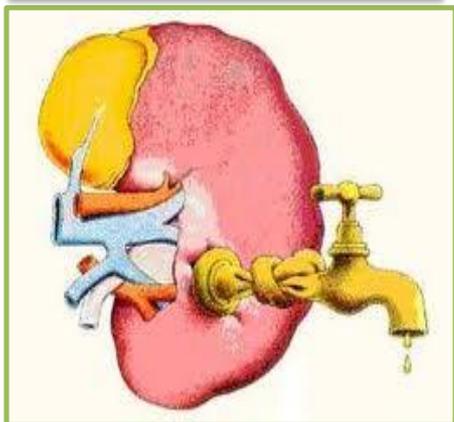
Fj < 20ª 25%



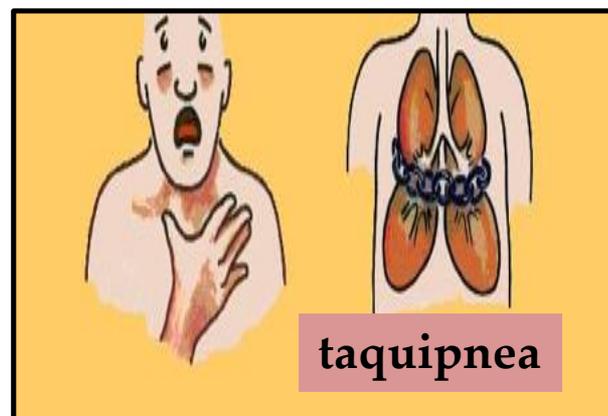
cianosis



oliguria



Alteración del estado mental



taquipnea

SHOCK HIPOVOLEMICO

Shock hipovolémico (Disminución de la volemia).- En este caso es la disminución de la precarga la responsable primera que ocasionaría una disminución del GC. Es la causa más frecuente de shock y puede deberse a pérdida de sangre por hemorragias, plasma por quemaduras graves, o líquido por vómitos y diarrea. El “secuestro” de líquido en luz intestinal en el ileo tendría el mismo efecto.

CUIDADOS EN SHOCK HIPOVOLEMICO

Actitud de Enfermería según el tipo de shock

I. SHOCK HIPOVOLÉMICO

Actuación inmediata

Valoración general. Verificar la fase del shock

Colocación del paciente tumbado sin incorporarse.

Monitorizar: TA, FC, SatO₂.

Administración de Oxígeno mediante mascarilla

Venoclisis: coger vías intravenosas de grueso calibre, posteriormente se cogerá una vía central.

Analítica: Hemograma, iones, urea, gasometría arterial.

Medición de diuresis por sondaje vesical.

Preparación del material y procedimientos

Preparación del material para la vía central y PVC

Disponer a mano del carro de paradas y material para intubación.

Sondaje vesical

Cateterización via central

Disponer de bombas de perfusión

Utilizar protocolo para la administración de sangre y hemoderivados

CUIDADOS EN SHOCK HIPOVOLEMICO

Tratamiento

Inicio inmediato de administración de sueros

Valoración de las pérdidas

Restaurar la volemia con líquidos de relleno vascular

La elección del líquido (sangre completa, concentrado de hematíes, plasma, coloides, cristaloides) dependerá de la etiología, valores del hematocrito, hemoglobina y el hemograma sanguíneo.

Sangre o concentrado de hematíes en el caso de shock hemorrágico

Coloides en el caso de necesidad de llenado rápido o de hipovolemia con hematocrito normal.

Cistoloides cuando el shock es como consecuencia de una pérdida de agua y sal

La cantidad de líquido a administrar dependerá de la evolución de los signos del shock y de las cifras de la PVC y TA

Se debe procurar la administración de líquidos templados.

Otras medidas

Mantenimiento de una ventilación correcta

Corrección de los trastornos hidroelectrolíticos y ácido-base

Mantenimiento de los valores de hematocrito y hemoglobina dentro de los límites normales.

CUIDADOS EN SHOCK HIPOVOLEMICO

Registrar

Posibles pérdidas

Aportes de líquidos

Constantes vitales.

Nivel de conciencia

Observaciones de Enfermería

Saber conocer un estado de shock: caída de TA, aumento de FC, alteraciones del nivel de conciencia, disminución de la diuresis, etc.

Vigilancia continua de las constantes vitales de la monitorización cardiaca y de la hemodinámica

Observación continua de las zonas de sangrado, drenajes

Vigilar el ritmo de las perfusiones prescritas en función de la medida de la PVC

Choque cardiogénico: causas y manifestaciones

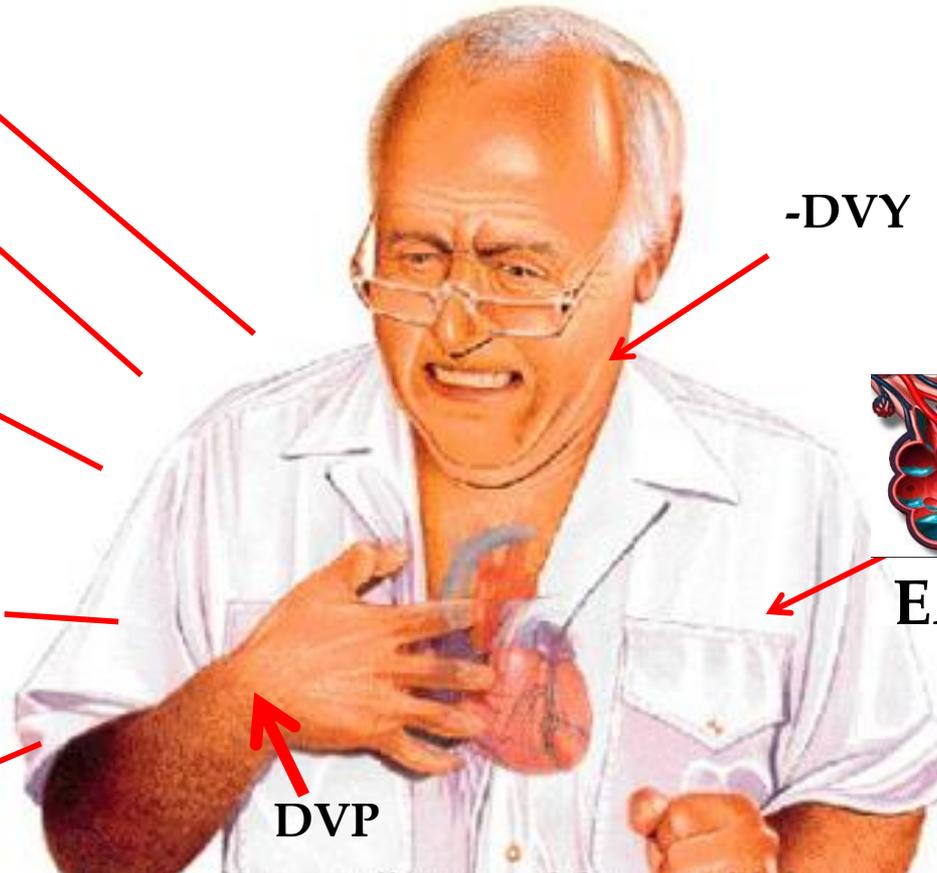
IAM(40%)

valvulopatias

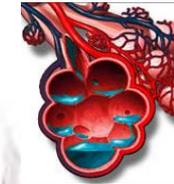
Arritmias
graves

↓↑electrolítico

Traumatismo
cardiaco



-DVY



EAP/c

DVP

Shock cardiogénico (Fallo cardiaco).- Es la alteración de la bomba la responsable de no cubrir las necesidades metabólicas de los tejidos.

Choque cardiogénico

SHOCK CARDIOGÉNICO

Actuación Inicial

Monitorización de constantes vitales y Sat O₂.

Administración de O₂.

Realizar venoclisis y extracción de analíticas

Realización de ECG

Material y procedimientos

Colocación de vía central

Colocar sondaje vesical.

Preparar equipo para PVC

Cateterización intraarterial

Tener preparado material de intubación y carro de paradas

Bombas de perfusión

Bienestar del paciente

Reposo absoluto.

Tranquilizar al paciente

Facilitar el confort del paciente

Informar, en la medida de lo posible, al paciente y los familiares sobre los procedimientos y evolución del paciente

Choque cardiogénico

Tratamiento

Se administrará según prescripción médica

La dobutamina mejora la contractilidad cardiaca, el GC y el volumen sistólico

La noradrenalina, aumenta el GC y mejora el flujo sanguíneo coronario.

Se suele emplear furosemida para aliviar la congestión pulmonar y mejorar la diuresis

Sustancias alcalinizantes y tampones (bicarbonato sódico) para contrarrestar la acidosis láctica.

Líquidos intravenosos, si existe hipovolemia: cuidado de no causar sobrecarga de líquidos.

Observaciones de enfermería

Controlar las constantes vitales y la diuresis a intervalos frecuentes.

Controlar la PVC

Vigilar el ritmo y cantidad de flujo de líquidos intravenosos.

Medir la ingesta y la eliminación

Vigilar los efectos secundarios producidos por los fármacos administrados como son taquicardia, hipertensión arterial (dopamina, dobutamina), hipotensión arterial.

Efectuar cambios frecuente (una vez al día) de los equipos de suero, con el fin de evitar infecciones.

Vigilar y efectuar los cuidados necesarios de los catéteres intravenosos, vía central, monitorización arterial.

Si precisa de ventilación mecánica observar su funcionamiento, adaptación y realizar los cuidados propios de estos pacientes.

SHOCK DISTRIBUTIVO

(Falta de adecuación entre continente y contenido por fallo del tono vascular). Por cambios en la microcirculación parte de la sangre queda inmobilizada en los vasos dilatados y, por tanto, disminuyen la precarga y el GC. Este mecanismo actúa en distintas situaciones:

- ❑ **SHOCK SÉPTICO.-** Son las endotoxinas y exotoxinas de los gérmenes causantes, al agredir la pared vascular, las responsables de la pérdida del tono vascular general.
- ❑ **SHOCK ANAFILÁCTICO.-** Las que actúan sobre los vasos son las sustancias mediadoras de la anafilaxia.
- ❑ **SHOCK NEURÓGENO.-** Las órdenes neuronales de mantenimiento del tono no llegan a la red vascular. Dos mecanismos: lesión directa del centro cardiocirculatorio, situado en el SNC, por ejemplo por algunas intoxicaciones farmacológica; o alteración en el circuito entre el centro y los vasos, por ejemplo en una sección medular alta.